



Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Schema Therapy on Emotion Regulation and Distress tolerance of Adolescents with Symptoms of Borderline Personality Disorder

Ebrahim Salehian¹ , Tayyebeh Sharifi²  , Mohammad Ghasemi Pirbaluti² 

1. PhD student, Department of Psychology, ShK.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

2. Department of Psychology, ShK.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Corresponding Author: Tayyebeh Sharifi

E-mail: ta.sharifi@iau.ac.ir

Received: 17 April 2026

Revised: 20 June 2026

Accepted: 26 June 2026

Citation: Salehian, E., Sharifi, T., & Ghasemi Pirbaluti, M. (2026). Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Schema Therapy on Emotion Regulation and Distress tolerance of Adolescents with Symptoms of Borderline Personality Disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*. DOI: [10.22034/jmpr.2026.71986.7027](https://doi.org/10.22034/jmpr.2026.71986.7027)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Personality-related issues can be considered among the most challenging social and medical problems. This category of problems has received special attention from mental health professionals, psychiatrists, and sociologists. Reported statistics indicate that the prevalence of various types of personality disorders in the general population ranges from 11 to 23 percent, which is undoubtedly an alarming rate (Ramstad et al, 2026)

Among personality disorders, borderline personality disorder has a special place due to the many difficulties it causes for the individual, those around them, and society (Alfieri et al., 2025). People with this disorder exhibit a pattern of instability in mood, interpersonal relationships, and self-image. Studies such as Dahlenburg et al. (2024) have shown that four characteristic features of this disorder, including impulsivity, passionate but unstable relationships,

intense and uncontrollable anger, and emotional instability, have been observed in 75% of a clinical sample with borderline personality disorder. It seems that people with borderline personality disorder are most often in critical and psychologically disturbed situations, and mood swings are quite common among this group of patients (Alfieri et al., 2025).

A study by Kaufman et al. (2021) has shown that individuals with borderline personality disorder struggle to identify, distinguish, and integrate their own emotions and those of others, resulting in significant deficits in emotion regulation (Varma et al., 2022); similarly, a study by Richmond et al. (2021) highlighted the role of emotion perception and management skills as negative predictors of borderline personality, noting their inverse relationship with symptoms such as impulsivity and feelings of emptiness. In addition to difficulties with

emotion regulation, individuals with borderline personality disorder are vulnerable due to their demanding nature in interpersonal relationships and possess low distress tolerance (Bidari, Haji Alizadeh, 2019). Furthermore, research by Wordenet al. (2019) has shown that distress tolerance is influenced by emotion regulation strategies, as maladaptive emotion regulation leads to reduced distress tolerance. Distress tolerance is defined as the capacity to experience and endure negative psychological states (Mohammed, Ibrahim, 2023).

Given that adolescents with borderline personality disorder frequently encounter complex emotional challenges and psychological stressors, focusing on effective therapeutic approaches can significantly mitigate future harm in this vulnerable population (Leucci et al., 2024). Among existing psychotherapeutic interventions, Dialectical Behavior Therapy has garnered particular attention as an evidence-based treatment that directly targets these adolescents' fundamental deficits in distress tolerance skills (Li, Mao, 2026).

Furthermore, given the prominent role of early maladaptive schemas in individuals with borderline personality disorder (Barazandeh et al., 2018) and the significant impact of schemas on exacerbating the disorder's symptoms, schema therapy stands out as another effective treatment approach. According to this the present study was conducted to investigate comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and schema therapy on emotion regulation and distress tolerance of adolescents with symptoms of borderline personality disorder.

Method

The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population of the

study included adolescents with symptoms of borderline personality disorder who were studying in the second year of high school in Isfahan in the academic year 2024-2025 and were referred to counseling centers and psychological services of education due to symptoms of borderline personality disorder. In this research, 53 adolescent with symptoms of borderline personality disorder were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (18 adolescents in the first experimental group, 18 adolescents in the second experimental group, and 17 adolescents in the control group). The adolescents in the experimental groups received the dialectical behavior therapy (Frazier & Vela, 2014) and schema therapy (Young et al., 2003) during ten weeks. Borderline Personality Inventory (BPI; Leichsenring, 1999), Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross & John, 2003) and Distress Tolerance Questionnaire (DTQ; Simons & Gaher, 2005) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software.

Results

The results of the mixed-design analysis of variance in Table 1 indicate that the factor of group membership (receiving Dialectical Behavior Therapy and Schema Therapy interventions) had a significant effect on emotion regulation and distress tolerance, accounting for 51% and 50% of the variance in these variables, respectively. Furthermore, the interaction effect between the type of treatment and the assessment phases was also reported to be significant. This interaction explains 52% of the variance in emotion regulation scores and 54% of the variance in distress tolerance scores, indicating the differential impact of the interventions across different measurement stages.

Table 1: Analysis of Mixed Variance Analysis for Examining Within and Between Group Effects on Emotion Regulation and Distress Tolerance Variables

variables		Sum of Squares	df	Means Square	F	Sig	Partial η^2	Observed Power
emotion regulation	Factor1	1287.15	2	643.57	76.58	<.0.001	0.60	1
	Groups	3725.50	2	1862.75	26.42	<.0.001	0.51	1
	Factor*group	935.58	4	233.96	27.84	<.0.001	0.52	1
	error	840.36	100	8.40				
distress tolerance	Factor1	2023.47	2	1011.73	105.16	<.0.001	0.67	1
	Groups	2796.04	2	1398.02	28.34	<.0.001	0.50	1
	Factor*group	1162.63	4	290.65	30.21	<.0.001	0.51	1
	error	962.09	100	9.62				

The post-hoc test results in Table 2 indicate that the difference between the mean scores of emotion regulation among adolescents with borderline personality disorder traits in the Schema Therapy group and the Dialectical Behavior Therapy group was not statistically significant. However, a significant difference was

observed between the mean scores of distress tolerance in these two groups; specifically, Dialectical Behavior Therapy demonstrated greater effectiveness in improving distress tolerance among adolescents with borderline personality disorder traits compared to Schema Therapy.

Table 2: Examining Pairwise Differences to Compare the Effects of the Experimental Groups (Dialectical Behavior Therapy and Schema Therapy) Using the Bonferroni Post Hoc Test

variables	Base group		Difference in averages	Standard deviation error	sig
emotion regulation	schema therapy	dialectical behavior therapy	-0.48	1.54	0.77
		Control group	10.12	1.57	0.0001
	dialectical behavior therapy	schema therapy	0.48	1.54	0.77
		Control group	10.60	1.57	0.0001
distress tolerance	schema therapy	dialectical behavior therapy	-2.87	1.79	0.01
		Control group	7.18	1.70	0.0001
	dialectical behavior therapy	schema therapy	2.87	1.79	0.01
		Control group	10.05	1.82	0.0001

Discussion

The first finding of the present study, concerning the effectiveness of Schema Therapy (ST) on emotion regulation and distress tolerance in adolescents with borderline personality disorder traits, is consistent with the research findings of Peeters et al. (2025) and Baljé et al. (2024). The scientific explanation for the effectiveness of Schema Therapy on emotion regulation and distress tolerance in these adolescents can be described as follows: this approach reconstructs the foundation of emotion regulation deficits by targeting Early Maladaptive Schemas (EMS), particularly in the domains of Disconnection and Rejection. Since adolescents with these traits have typically developed in invalidating environments, ST—through limited reparenting techniques—allows the therapist to create a secure environment and respond to the client's unmet emotional needs in a healthy manner; this directly leads to a reduction in the intensity of impulsive emotional modes (Peeters et al., 2025). In fact, by healing the "Abandoned Child" mode and moderating the "Punitive Parent" mode, the adolescent's cognitive appraisal system is modified, and their ability for non-judgmental observation of internal distress is enhanced, which constitutes the improvement of emotion regulation capacity and distress tolerance.

The second finding of the current study, regarding the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on emotion regulation and distress tolerance in adolescents with borderline personality disorder traits, was consistent with the research results of Barnett et al. (2025) and

Decker et al. (2025). The scientific explanation for the effectiveness of DBT in improving emotion regulation and distress tolerance in borderline-prone adolescents is rooted in the biosocial model, which views this disorder as a consequence of deficits in the emotion regulation system due to the combination of biological vulnerabilities and invalidating environments (Decker et al., 2025). By teaching four key modules—particularly mindfulness and distress tolerance—DBT trains the adolescent to practice being present in the moment and accepting suffering without judgment, rather than escaping emotional pain or employing maladaptive coping mechanisms. This process raises the individual's psychological pain threshold, preventing the use of impulsive and self-harming behaviors as quick fixes for tension reduction. In fact, distress tolerance techniques, such as crisis survival, provide efficient alternatives to destructive behaviors, allowing the adolescent to ride out intense emotional waves without exacerbating the situation. Moreover, the emotion regulation component of this approach focuses on the accurate identification of emotions, reducing sensitivity to emotional triggers, and increasing positive events, which directly leads to the restructuring of the cognitive appraisal system and the modulation of physiological reactions.

The third finding of the present study indicated that Dialectical Behavior Therapy (DBT) was more effective than Schema Therapy (ST) in improving distress tolerance among adolescents with borderline personality disorder traits. The superiority of DBT can be attributed to its skill-based organization and more objective

orientation. While emotion-focused treatments emphasize the exploration and processing of emotions within a secure context (Decker et al., 2025), DBT provides adolescent with a practical set of operational tools. This approach offers greater applicability and accessibility for the adolescent population with a history

of self-harm, who often live in a state of emotional crisis. DBT strategies can be implemented more efficiently at the exact moment distress occurs; consequently, they create a faster and more tangible impact in interrupting the vicious cycle of rumination.

KEYWORDS

borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, emotion regulation, schema therapy, distress tolerance





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

journal homepage: <https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/>

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی

ابراهیم صالحیان^۱، طیبه شریفی^۲، محمد قاسمی پیربلوطی^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

استاددهی: صالحیان، ابراهیم؛ شریفی، طیبه و قاسمی پیربلوطی، محمد (۱۴۰۵).

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی. DOI: 10.22034/jmpr.2026.71986.7027

* مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی ابراهیم صالحیان است.

نویسنده مسئول: طیبه شریفی

رایانامه: ta.sharifi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۸ فروردین ۱۴۰۵

تاریخ بازنگری: ۳۰ خرداد ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۰۵ تیر ۱۴۰۵

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

اختلال شخصیت مرزی،
تحمل پریشانی،
تنظیم هیجان،
رفتاردرمانی دیالکتیک،
طرحواره‌درمانی

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. در این پژوهش تعداد ۵۳ نوجوان (۲۶ پسر و ۲۷ دختر) با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جای‌دهی شدند (۱۸ نوجوان در گروه آزمایش اول، ۱۸ نوجوان در گروه آزمایش دوم و ۱۷ نوجوان در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه‌های آزمایش، رفتاردرمانی دیالکتیک (ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و طرحواره‌درمانی (ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) را دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) استفاده (لیشسرنگ، ۱۹۹۹)، پرسشنامه تنظیم هیجان (گروس و جان، ۲۰۰۳) و پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بن‌فرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تأثیر معنادار دارد ($p < 0.01$). نتایج آزمون تعقیبی نیاز بیانگر آن بود که بین میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در متغیر تحمل پریشانی بین اثربخشی این دو مداخله تفاوت معنادار وجود داشته و رفتاردرمانی دیالکتیک نسبت به طرحواره‌درمانی موثرتر بوده است. بر این اساس می‌توان از رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی در جهت بهبود تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بهره برد.



مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ در نوجوانان، یک الگوی نافذ و پایدار از بی‌ثباتی در تنظیم هیجانات، روابط بین‌فردی، خودانگاره و رفتارهای تکانشی است که معمولاً از اوایل دوران نوجوانی آغاز می‌شود و بر تمام جنبه‌های زندگی فرد سایه می‌افکند. نشانه‌های اصلی این اختلال شامل ترس شدید و گاهی غیرمنطقی از رها شدن (واقعی یا خیالی) است که منجر به تلاش‌های مستأصل برای حفظ روابط می‌شود (رامستاد^۲ و همکاران، ۲۰۲۶). همچنین این نوجوانان اغلب نوسانات خلقی شدیدی را تجربه می‌کنند که ممکن است از چند ساعت تا چند روز ادامه یابد و با خشم غیرقابل کنترل یا احساس پوچی مزمن همراه باشد (آلفیاری و همکاران^۳، ۲۰۲۵). علایم رفتاری معمولاً به صورت رفتارهای تکانشی آسیب‌رسان مانند سوءمصرف مواد، رانندگی بی‌پروا، یا پرخوری و در موارد شدیدتر رفتارهای خودآسیب‌رسان و افکار خودکشی تظاهر می‌یابد (لیوسی و همکاران^۴، ۲۰۲۴). از نظر شناختی، نوجوان ممکن است دچار تردید جدی در هویت و ارزش‌های خود باشد و در لحظات استرس شدید، افکار پارانوئید یا علایم تجزیه‌ای (گسست از واقعیت) را تجربه کند. روابط این افراد غالباً در یک چرخه تکراری از آرمانی‌سازی (بسیار خوب پنداشتن کسی) و سپس بی‌ارزش‌سازی (بسیار بد پنداشتن همان فرد) نوسان می‌کند که باعث ایجاد آشفتگی در کانون خانواده و محیط دوستان می‌گردد (چن^۵ و همکاران، ۲۰۲۶). تشخیص این اختلال در سنین پایین نیازمند بررسی دقیق توسط متخصص است، چرا که بسیاری از این رفتارها ممکن است با بحران‌های طبیعی دوران بلوغ اشتباه گرفته شوند، اما تداوم و شدت این الگوهاست که مرز میان یک دوره رشدی با یک اختلال روان‌شناختی جدی را مشخص می‌سازد (داهلنبورگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۴).

مطالعه کافمن^۷ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شناسایی، تمییز و یکپارچه کردن هیجانات خود و دیگران مشکل دارند و در نتیجه این افراد در تنظیم هیجان^۸ با آسیب جدی مواجه اند (وارما^۹ و همکاران، ۲۰۲۲)؛ چنانکه مطالعه ریچموند^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۱) به نقش مهارت‌های درک و مدیریت هیجان، به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های منفی شخصیت مرزی که رابطه منفی با نشانه‌های این اختلال مثل تکانشگری و احساس پوچی دارد، اشاره کرده است. فرآیندهای تنظیم هیجان افراد، بر دریافت و ادراک اینکه چه هیجاناتی را تجربه می‌کنند، چه موقع آنها را تجربه می‌کنند و چگونه آنها را بیان می‌نمایند، تأثیر می‌گذارد (ژائو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵) و این فرآیند تنظیم هیجان به صورت ساختار وسیعی در نظر گرفته می‌شود که تعدادی از فرآیندهای تنظیمی خصیصه‌های زیربنایی و اساسی هیجانات مثل واکنش‌پذیری فیزیولوژیایی، اجتماعی، رفتاری، فرآیندهای شناختی و نیز تنظیم تجربه هیجانات را در خود جای می‌دهد

(وارما و همکاران، ۲۰۲۲). تنظیم هیجان ممکن است برای به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجان‌های مثبت و منفی در پاسخ به رویدادهای محیطی، نقش ایفا کند؛ زیرا فرآیندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (میلر-اسلوگ و دانسمور^{۱۲}، ۲۰۲۳). تنظیم هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با الگوی مشخصی از ناپایداری شدید، واکنش‌پذیری بیش از حد به محرک‌های بین‌فردی، و دشواری در بازگشت به حالت تعادل عاطفی همراه است (وارما و همکاران، ۲۰۲۲). این نوجوانان معمولاً در شناسایی، پذیرش و تعدیل هیجانات خود با شکست مواجه می‌شوند و به جای استفاده از راهبردهای سازگاران (مانند بازاریابی شناختی)، به رفتارهای تکانشی، سرکوبی هیجانی، یا اجتناب تجربی روی می‌آورند که چرخه بحران‌های عاطفی را تشدید می‌کند. این الگوی ناکارآمد، ریشه در حساسیت ذاتی به نشانه‌های تهدید، نقص در مهارت‌های تحمل پریشانی و تأثیرپذیری از روابط نایمن دارد (ریچموند و همکاران، ۲۰۲۱).

علاوه بر وجود مشکلات در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، این افراد به دلیل متوقع بودن در روابط بین‌فردی دارای آسیب بوده و از میزان تحمل پریشانی^{۱۳} پایینی برخوردارند (بیداری و حاج‌علیزاده، ۱۳۹۸). علاوه بر این نتایج تحقیقات وردن^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده است که تحمل پریشانی متأثر از راهبردهای تنظیم هیجان است. چرا که بدکارکردی تنظیم هیجان منجر به کاهش تحمل پریشانی می‌شود. تحمل پریشانی ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روانشناختی منفی تعریف شده است (محمد و ابراهیم^{۱۵}، ۲۰۲۳). در واقع تحمل پریشانی اشاره به ظرفیت تجربه و مقاومت افراد در برابر ناراحتی داشته و به‌عنوان یک ساختار مهم در ایجاد بینش جدید در هنگام مقابله با آسیب‌های روانی نقش درمانی اثربخشی ایفا می‌کند (مک‌ماینس^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۴). تعاریف متفاوتی از تحمل پریشانی وجود دارد که بهترین تعریف آن را به عنوان ناتوانی در احاطه کامل بر تجربه هیجان آزارنده و ناراحت‌کننده می‌دانند. این متغیر چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفه منفی را مشخص می‌نماید (لی^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۳). تحمل پریشانی به توانایی و ظرفیت فرد برای روبه‌رو شدن با حالات و شرایط منفی اشاره دارد، افرادی که دارای تحمل پریشانی پایینی هستند معمولاً از شرایط و حالات هیجانی منفی دوری می‌کنند و تمایل زیادی به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و گریز در این شرایط دارند (لاس^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۴). در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ظرفیت تحمل پریشانی به‌شدت کاهش‌یافته و به صورت ناتوانی در تحمل هیجان‌های منفی شدید بدون اقدام به رفتارهای تکانشی یا اجتنابی بروز می‌کند. این افراد معمولاً پریشانی را غیرقابل تحمل درک می‌کنند، فاقد

10. Richmond
11. Zhao
12. Miller-Slough, Dunsmore
13. Distress tolerance
14. Worden
15. Mohammed & Ibrahim
16. McMains
17. Li
18. Lass

1. borderline personality disorder
2. Ramstad
3. Alfieri
4. Leucci
5. Chen
6. Dahlenburg
7. Kaufman
8. Emotion regulation
9. Varma

رفتاردرمانی دیالکتیک بر پایه اصول درمان شناختی-رفتاری بنا نهاده شده و بر مفاهیم پذیرش، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانات تأکید ویژه‌ای دارد (عاشوری و همکاران، ۱۴۰۳). رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم برای مقابله با هیجانات دشوار و ناپایدار را کسب نمایند و در نهایت از رفتارهای خودآسیب‌رسان اجتناب ورزند (باقری شیخانگفته و همکاران، ۱۴۰۴). این درمان چهار مؤلفه مداخله‌ای اصلی را در قالب درمان گروهی ارائه می‌دهد: هوشیاری فراگیر و تحمل پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش، و تنظیم هیجان و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های تغییر. رویکرد درمانی مذکور بر افزایش توانمندی‌های مراجعان از طریق آموزش مهارت‌های جدید، افزایش انگیزش با کاهش موانع درمانی، اطمینان از تعمیم درمان به محیط طبیعی زندگی از طریق توسعه شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی، و همچنین توانمندسازی درمانگران از طریق افزایش مهارت‌های حرفه‌ای و پیشگیری از فرسودگی شغلی تأکید می‌ورزد (دلاکویس و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه به نقش برجسته طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (برازنده^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸) و تأثیر چشمگیر این طرحواره‌ها در تشدید علائم اختلال، طرحواره درمانی^{۱۱} به عنوان یکی دیگر از روش‌های درمانی کارآمد مطرح می‌باشد. اثربخشی این روش در مطالعات محققان داخلی و خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. چنانکه در پژوهش‌های داخلی پیری و همکاران (۱۳۹۹) اثر این درمان را در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی در مبتلایان به سوء مصرف مواد، عزیزی و همکاران (۱۴۰۲) بر کاهش نشانگان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی؛ فرمانبر و همکاران (۱۴۰۲) در زمینه کاهش دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و بهبود ذهنی‌سازی و عباسیان حدادان (۱۴۰۳) بر کاهش پریشانی روانی و بهبود تنظیم هیجان مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین در پژوهش‌های خارجی پیترز^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۵) و بالجی^{۱۵} و همکاران (۲۰۲۴) اثربخشی طرحواره درمانی را بر نشانه‌های اختلال شخصیت و علائم افسردگی افراد؛ مولر^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۴)؛ استفان^{۱۷} و همکاران (۲۰۲۳) و پیترز و همکاران (۲۰۲۱) اثربخشی این درمان را بر بهبود تاب‌آوری روانی، تحمل روانی و کیفیت زندگی افراد مختلف تأیید کرده‌اند. طرحواره درمانی به عنوان یک درمان یکپارچه و نوین، عمدتاً بر اساس بسط مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته است. این رویکرد نه به عنوان رقیب یا شکل موفق‌تر درمان شناختی-رفتاری، بلکه به عنوان درمان مکملی در مواردی که درمان شناختی-رفتاری به نتیجه مطلوب نمی‌رسد، در نظر گرفته می‌شود (پیترز و همکاران، ۲۰۲۱). این روش در چارچوب جنبش «سازنده‌گرایی» جای می‌گیرد که در آن بر نقش عواطف در فرآیند تغییر، به‌کارگیری

مهارت‌های کافی برای آرام‌سازی فیزیولوژیک و شناختی خود هستند (وردن و همکاران، ۲۰۱۹) و در مواجهه با محرک‌های استرس‌زا، به سرعت وارد حالت بحران عاطفی می‌شوند که تنها با تسکین فوری (مانند خودآسیبی، پرخوری، یا مصرف مواد) قابل مدیریت به نظر می‌رسد (بیداری و حاج‌علیزاده، ۱۳۹۸).

با توجه به اینکه نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی به‌طور مکرر با چالش‌های هیجانی پیچیده و تنش‌های روان‌شناختی مواجه می‌شوند، توجه به رویکردهای درمانی مؤثر می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی از آسیب‌های آتی در این جمعیت آسیب‌پذیر بکاهد (لیوسی و همکاران، ۲۰۲۴). در میان مداخلات روان‌درمانی موجود، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد که مستقیماً بر نقص پایه‌ای این نوجوانان در مهارت‌های تحمل پریشانی متمرکز است، مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است (لی و مائو^۲، ۲۰۲۶). دلیل استفاده از این درمان آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان همزمان مکانیزم‌های تحمل پریشانی را تقویت کرده و از طریق فرآیندهای پذیرش رادیکال و یکپارچه‌سازی حالات ذهنی، به بازسازی تنظیم هیجان آسیب‌دیده نوجوانان می‌پردازد (صبری و همکاران، ۱۴۰۰). اثربخشی این روش درمانی در بهبود ابعاد شناختی، روان‌شناختی و هیجانی، به‌طور گسترده در پژوهش‌های متعدد مورد تأیید قرار گرفته است. چنانکه عاشوری و همکاران (۱۴۰۳) اثر این درمان را بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس؛ عقلی و همکاران (۱۴۰۲) بر خودنهن‌سازی، شفقت به خود و رفتارهای خودجرحی دانش‌آموزان دختر؛ پهلوان و همکاران (۱۴۰۲) بر نیازهای بنیادین روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲؛ قادرنژاد و همکاران (۱۴۰۱) بر بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی^۳؛ پروانه و همکاران (۱۴۰۰) بر رفتارهای تکانشی، تنظیم هیجان و باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر مورد تأیید قرار داده‌اند. همچنین در پژوهش‌های خارجی گوتلیب^۴ و همکاران (۲۰۲۲)؛ سسینسکی^۵ و همکاران (۲۰۲۲)، دلاکویس^۶ و همکاران (۲۰۲۲) اثر این درمان را بر آشفتگی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران؛ ایپ^۷ و همکاران (۲۰۲۴)؛ لیو^۸ و همکاران (۲۰۲۴)؛ هریس^۹ و همکاران (۲۰۲۴) بر بهبود تاب‌آوری روانی، تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران؛ بارنت^۹ و همکاران (۲۰۲۵) بر کاهش آمیختگی افکار بیماران؛ دکر^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۵) بر کاهش افکار خودکشی جانبازان در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی و واندربلین^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۵) بر بهبود تحمل ابهام افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد تأیید قرار داده‌اند.

10. Decker
11. Vonderlin
12. Barazandeh
13. Schema Therapy
14. Peeters
15. Baljé
16. Moeller
17. Stefan

1. Dialectical Behavioral Therapy
2. Li & Mao
3. Gottlieb
4. Ciesinski
5. Delaquais
6. Ip
7. Liu
8. Harris
9. Barnett

تکنیک‌های تجربی، دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین فردی تأکید می‌شود (منجری و همکاران، ۱۴۰۳). در واقع، طرحواره‌ها حاصل گفتگوی والدین با کودک هستند که به تدریج در ذهن او تثبیت شده و به گونه‌ای نظام‌مند اما ناکارآمد، زندگی وی را تحت سیطره خود گرفته‌اند. طرحواره‌درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی‌سازی تکنیک‌های درمانی است که بر پایه شناخت درمانی استوار شده و برای بسیاری از چالش‌های زندگی روزمره راه حل ارائه می‌دهد (استفان و همکاران، ۲۰۲۳).

طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی از دو فلسفه‌ی اجرایی متمایز پیروی می‌کنند. طرحواره‌درمانی با رویکردی تجربه‌گرایانه، از طریق تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی و گفت‌وگوی صندلی‌ها، به بازبینی شواهد مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌پردازد و درصدد تعدیل شناختی-هیجانی آن‌هاست. هدف نهایی این فرآیند، ایجاد آگاهی عمیق روان‌شناختی و اصلاح پایدار سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی، جبرانی و تسلیمی است. درمقابل، رفتاردرمانی دیالکتیکی ماهیتاً مهارت‌محور بوده و بر آموزش مؤلفه‌های عملیاتی شامل ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، پذیرش، تنظیم هیجان و اثربخشی بین فردی متمرکز است. این رویکرد با ارائه‌ی چهارچوبی ساختاریافته، ظرفیت مدیریت هیجانات دشوار را افزایش داده و از رفتارهای خودآسیب‌رسان پیشگیری می‌کند. به بیان دیگر، طرحواره‌درمانی بر بازسازی الگوهای دیرپای شناختی-رفتاری تأکید دارد، درحالی‌که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تقویت توانمندی‌های هیجانی و بین فردی در موقعیت‌های آنی اصرار می‌ورزد. این تفاوت‌های بنیادین در مبانی نظری و روش‌های اجرایی، ضرورت بررسی مقایسه‌ای این دو مداخله را برای جمعیت نوجوانان مبتلا به علائم اختلال شخصیت مرزی به روشنی نشان می‌دهد.

با توجه به اهمیت موضوع پژوهش حاضر، باید اذعان داشت که اختلال شخصیت مرزی به عنوان یکی از شایع‌ترین و مقاوم‌ترین اختلالات شخصیت، به دلیل ماهیت آشفته‌ساز، شیوع فراوان، پیچیدگی‌های بالینی و هزینه‌های گزاف مراقبتی، در کانون توجه پژوهشگران حوزه سلامت روان قرار دارد. ما در جوامع کنونی با روند رو به رشد این اختلال مواجه هستیم و اگرچه مطالعات تجربی گسترده‌ای در این زمینه در جامعه ما منتشر نشده است، اما مشاهدات بالینی متعدد روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی از افزایش نگران‌کننده شیوع اختلال شخصیت مرزی در جامعه حکایت دارد. آمارها نشان می‌دهد شیوع این اختلال در جمعیت عمومی دو درصد، در بین بیماران سرپایی روان‌پزشکی ۱۰ درصد و در بین بیماران بستری روان‌پزشکی به ۲۰ درصد می‌رسد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حداقل در دو حوزه بالقوه آسیب‌زا تکانشگری نشان می‌دهند که می‌تواند شامل قماربازی، ولخرجی بی‌ملاحظه، پرخوری، سوء مصرف مواد، روابط جنسی ناسالم و رفتارهای پرخطر در رانندگی باشد که همه این بحران‌ها در قالب مشکلات بین فردی، بدکارکردی هیجانی، نوسانات خلقی و سایر رفتارهای خودویرانگر تجلی می‌یابد. این افراد غالباً موجب فرسودگی نزدیکان، دوستان، همکاران و اعضای خانواده خود شده و حتی ممکن است به القای علائم بیماری در اطرافیان‌شان منجر شوند. این ویژگی‌های نگران‌کننده نشان می‌دهد که در

صورت عدم به کارگیری مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای بهبود وضعیت روانی-هیجانی این نوجوانان، آسیب‌های وارده به خود و دیگران افزایش یافته و پیامدهای منفی بیشتری را به دنبال خواهد داشت. بنابراین با توجه به شواهد پژوهشی موجود در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی در کاهش مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی، و از سوی دیگر با عنایت به خلاء پژوهشی موجود مبنی بر عدم وجود تحقیقات مشابه، پرسش اصلی پژوهش این است که آیا بین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در دوره دوم متوسطه شهر اصفهان مشغول به تحصیل بوده و به دلیل علائم اختلال شخصیت مرزی به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که دو ناحیه از نواحی شش‌گانه شهر اصفهان (آموزش و پرورش ناحیه ۴، ۵ و ۶) انتخاب و با مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آنان، نوجوانانی که با علائم اختلال شخصیت مرزی به این مراکز ارجاع داده شده و توسط روان‌شناس بالینی این مراکز دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس به این نوجوانان پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی ارائه شد تا بدین وسیله از وجود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در نزد این نوجوانان اطمینان حاصل گردد. بدین صورت که نوجوانانی که نمره بالاتر از ۲۸ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (نمره برش پرسشنامه) به دست آوردند، به عنوان نوجوانی قلمداد شدند که دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بودند. علاوه بر این، این نوجوانان مورد مصاحبه بالینی بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ نیز قرار گرفتند. سپس از بین نوجوانانی که با پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی، دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شدند (نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی)، تعداد ۶۰ نوجوان را به ترتیب نمره کسب شده در پرسشنامه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نوجوان در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک، ۲۰ نوجوان در گروه آزمایش طرحواره‌درمانی و ۲۰ نوجوان در گروه گواه). جهت مشخص کردن تعداد حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power استفاده شد که تعداد نمونه حاضر در هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد. میزان خطا نیز ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شده است. اندازه اثر نیز ۰/۹۹ به دست آمد. سپس نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی را در

دست آمد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد قابل قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ): پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گروس و جان^۴ در سال ۲۰۰۳ ساخته و دارای ۱۰ سوال است. آزمودنی به هر گونه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره ۷) پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده تنظیم هیجان بالاتر در نزد فرد است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ است (گروس و جان، ۲۰۰۳). سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۸۱ و میزان روایی محتوایی را ۰/۸۷ گزارش نمودند. پایایی پرسشنامه در پژوهش اصلی آزاد و همکاران (۱۳۹۸) ۰/۷۶ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه تحمل پریشانی (DTQ): پرسشنامه تحمل پریشانی به وسیله سیمونز و گاهر^۵ (۲۰۰۵) تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۱۵ پرسش است که بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند (نمره یک تا ۵). کمترین نمره در این پرسشنامه ۱۵ و بالاترین نمره ۷۵ است. نمره‌های بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده قدرت تحمل پریشانی بالا است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ در راستای بررسی پایایی پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی گویه‌های این پرسشنامه با نمره کل پرسشنامه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش اسماعیلی‌نسب و همکاران (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین میزان روایی سازه پرسشنامه نیز در ایران ۰/۸۴ محاسبه شد (اسماعیلی‌نسب و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

برای اجرای دقیق و نظام‌مند پژوهش حاضر، ابتدا هماهنگی‌های اداری لازم با مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش نواحی منتخب شهر اصفهان (نواحی ۴، ۵ و ۶) به عمل آمد و مجوزهای رسمی و لازم برای اجرای فرآیند پژوهش در این مراکز اخذ گردید. سپس نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی که واجد شرایط مشارکت در پژوهش بودند، با استفاده از ابزارهای استاندارد شناسایی شده و پس از اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از خود نوجوانان و همچنین والدین یا سرپرستان قانونی آنان، به صورت تصادفی در سه گروه مساوی جایابی شدند. سپس مداخلات درمانی تخصصی شامل رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی به صورت

طی ده هفته (هر جلسه ۹۰ دقیقه) دریافت نمودند. این در حالی بود که نوجوانان حاضر در گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری اجرا شد. لازم به ذکر است مداخلات به صورت گروه‌های ۵ نفره در مراکز مشاوره آموزش و پرورش نواحی ۴، ۵ و ۶ توسط پژوهشگر و یک متخصص با مدرک دکتری روان‌شناسی اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ نوجوان در آزمایش اول، ۲ نوجوان در گروه آزمایش دوم و ۳ نوجوان در گروه گواه به دلیل بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری ذاتی این اختلال و همچنین تداخل با برنامه‌های مدرسه یا فعالیت‌های دیگر از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند و تعداد ۵۳ نوجوان در پژوهش باقی ماندند (۱۸ نوجوان در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک، ۱۸ نوجوان در گروه آزمایش طرحواره‌درمانی و ۱۷ نوجوان در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی، داشتن سن ۱۹-۱۵ سال، حضور در دوره دوم متوسطه، رضایت نوجوان جهت شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال شخصیت همبود (با توجه به نتایج مصاحبه بالینی)، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان و عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در طی شش ماه اخیر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده موثر و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پس-آزمون یا پیگیری بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (BPI):^۱ پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی که توسط لیشسنرنگ^۲ (۱۹۹۹) طراحی شده است، به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی توسعه یافته و بر اساس فرمت پاسخ‌دهی بلی (نمره ۱) / خیر (نمره صفر) عمل می‌کند. این پرسشنامه شامل ۵۱ ماده بوده و دامنه نمرات آن بین صفر تا ۵۷ متغیر است. بر اساس مطالعات پایه، کسب نمره بالاتر از ۲۸ در این پرسشنامه نشان‌دهنده وجود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در فرد محسوب می‌شود. لیشسنرنگ (۱۹۹۹) در پژوهش خود پایایی و روایی مطلوبی را برای این ابزار گزارش نمود، به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی رضایت‌بخشی را نشان داد. همچنین روایی تمیزی و تشخیصی مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش محمدزاده (۲۰۱۱) نیز روایی و پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از روایی همزمان مناسب با ضریب همبستگی ۰/۷۰ برای سؤالات با کل پرسشنامه و ضرایب بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ بود. همچنین پایایی از طریق روش‌های بازآزمایی (۰/۸۰)، دونیمه‌سازی (۰/۸۳) و همسانی درونی (۰/۸۵) تأیید گردید. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به

4. Gross & John
5. distress tolerance Questionnaire
6. Simons & Gaher

1. Borderline Personality Inventory
2. Leichsenring
3. Emotion Regulation Questionnaire

جداگانه برای گروه‌های آزمایشی اجرا شد. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه برای بررسی فرضیه کرویت داده‌های تحقیق از آنالیز موجلی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی

بن‌فرونی^۵ استفاده شد. نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی (جدول ۱) بر اساس برنامه مدون فرازیر و ولا^۶ (۲۰۱۴) که در پژوهش آذر فر و همکاران (۱۳۹۸) برای جامعه نوجوانان ایرانی بومی‌سازی و اعتباریابی شده بود، طی ده جلسه ساختاریافته ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید.

جدول ۱: خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک (فرازیر و ولا، ۲۰۱۴؛ به نقل از آذر فر و همکاران، ۱۳۹۸)

جلسه	هدف	شرح جلسه
اول	ایجاد چارچوب درمانی و بنیان‌گذاری رابطه درمانی امن و مبتنی بر اعتماد	جلسه اول با هدف آشنایی اعضای گروه و ایجاد فضای امن آغاز گردید. در این جلسه، اعضا و درمانگر به معرفی خود پرداخته و انتظارآشان از فرآیند درمان را به اشتراک گذاشتند. درمانگر با ایجاد فضایی همدلانه، شرایطی فراهم نمود تا اعضا احساس راحتی بیشتری برای ابراز احساسات و مشکلات خود پیدا کنند. سپس قوانین گروهی شامل رازداری، ضرورت حضور منظم، تعداد جلسات (۱۰ جلسه)، مدت زمان هر جلسه (۹۰ دقیقه) و اهمیت مشارکت فعال به طور شفاف توضیح داده شد. درمانگر با استفاده از تکنیک‌های فعال‌سازی گروهی، اعضا را به بیان دغدغه‌هایشان تشویق نموده و بر ایجاد اعتماد متقابل تأکید کرد.
دوم	آموزش روان‌آموزی درباره ماهیت و کارکرد هیجانات و معرفی مهارت‌های اولیه تنظیم هیجان	جلسه دوم به آموزش تکنیک درک هیجان در روابط اختصاص یافت. در این جلسه، اجزاء هیجان و تأثیرات آن شامل مکانیسم‌های عمل هیجان، آسیب‌پذیری در برابر تجربیات هیجانی منفی، واکنشی بودن و رسیدن به تعادل آموزش داده شد. به این سوال که «چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟» پاسخ داده شده و دیدگاه‌های صحیح درباره هیجان‌ها تبیین گردید. هیجان‌های اولیه و ثانویه مرور شده و نقش سازنده همه هیجان‌ها بررسی گردید. مهارت‌های تنظیم هیجان به منظور کنار آمدن مؤثرتر با هیجان‌ها و جلوگیری از رنج روزافزون آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه شد.
سوم	تقویت توانایی شناسایی، نام‌گذاری و پذیرش هیجانات از طریق مدل «ذهن خردمند» و تکنیک‌های مبتنی بر خودشفقتی	جلسه سوم بر نام‌گذاری هیجان‌ها و تحلیل عملکردی متمرکز بود. در این جلسه، تفاسیر فردی درباره هیجان‌ها (اسطوره‌ها) مورد بحث قرار گرفت و نقش ذهن هیجانی، ذهن منطقی و ذهن خردمند در تفسیر و پاسخ به هیجان‌ها بررسی شد. تکنیک پذیرش خود و فرزند آموزش داده شد که شامل آگاهی از ارتباط، خودآگاهی، توجه آگاهانه نسبت به خود، خود هیجانی، خود منطقی و مدیریت خشم در روابط بود. تکلیف خانگی نیز ارائه گردید.
چهارم	تقویت مهارت‌های تحمل پریشانی و پیشگیری از رفتارهای تکانشی از طریق تکنیک «توقف اوضاع وخیم» و ترویج خودگویی‌های مثبت.	جلسه چهارم به مشاهده و توصیف هیجان‌ها اختصاص یافت. در این جلسه، نقش خودگویی‌های مثبت درباره هیجان‌ها بررسی شده و راه‌های غلبه بر موانع هیجان‌های سالم آموزش داده شد. بر این نکته تأکید گردید که رفتارهای سالم‌تر و افکار خودتأییدگرایانه منجر به تجربیات هیجانی رضایت‌بخش‌تر می‌شوند. تکنیک توقف اوضاع وخیم شامل تعهد برای کارآمد شدن، پیشگیری از اعمال تکانشی و مدیریت تمایلات زینبار آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه شد.
پنجم	کاهش آسیب‌پذیری کلی هیجانی از طریق مدیریت سلامت جسمانی پایه و ایجاد ثبات در روال روزانه	جلسه پنجم به آموزش مهارت کاهش آسیب‌پذیری جسمانی اختصاص یافت. در این جلسه، برنامه‌ریزی برای خواب کافی، رفع کسالت جسمانی و روانی، مقابله با افکار آشفته‌کننده، تغذیه مناسب و ورزش کردن آموزش داده شد. بر اهمیت عادت‌های صحیح در مدیریت حالت‌های تغییرات خلقی، افسردگی، خشم و کج خلقی تأکید گردید. تکنیک در کنار هم بودن از لحاظ عاطفی شامل شرطی‌سازی و شرطی‌سازی مجدد آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه گردید.
ششم	تقویت انعطاف‌پذیری شناختی و مهارت حل مسئله برای کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و بهبود کارآمدی بین فردی	جلسه ششم به مهارت کاهش آسیب‌پذیری شناختی اختصاص یافت. در این جلسه، دوری از ذهن هیجانی و ایجاد تعادل بین افکار و احساسات آموزش داده شد. مهارت حل مسئله به عنوان توانایی استفاده از تجارب عملی و توانمندی‌های ذهنی برای دستیابی به نتایج مطلوب تبیین گردید. تکنیک فعال‌سازی مجدد روابط شامل راه‌های مختلف با هم بودن، مدیریت موقعیت‌های تعارض‌آمیز و موقعیت‌های لذت‌بخش آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه شد.
هفتم	افزایش تجربیات مثبت و تقویت مهارت ابراز وجود برای ایجاد تعادل هیجانی و تقویت خودکارآمدی	جلسه هفتم به برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت اختصاص یافت. در این جلسه، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش آموزش داده شد. تکنیک ابراز روشن احساسات شامل شناسایی خواسته‌ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیرمستقیم، و مدیریت کم‌انگاری و بیش‌انگاری خواسته‌ها آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه گردید.
هشتم	شکستن چرخه هیجانات ناسازگار از طریق تکنیک «عمل مخالف» و تقویت مهارت‌های تحلیل مساله برای تمایز بین نیازهای هیجانی و راه‌حل‌های عملی	جلسه هشتم به آگاهی از هیجان‌ها و انجام عمل مخالف اختصاص یافت. در این جلسه، عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه، شرم، خشم و افسردگی آموزش داده شد. بر اهمیت عمل برعکس تمایلات هیجانی و پر کردن ذهن از حس جاری تأکید گردید. تکنیک مدیریت حل مسائل و راه حل‌های گفتگو شامل تمایز بین مدیریت مساله و حل مساله، و تجزیه و تحلیل مساله آموزش داده شده و تکلیف خانگی ارائه شد.

نهم	افزایش ظرفیت تحمل و بقا در موقعیت‌های پریشانی‌زا بدون توسل به رفتارهای آسیب‌رسان یا تکانه‌شی	جلسه نهم به آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی اختصاص یافت. در این جلسه، راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقاء لحظه جاری، خودآرام‌بخشی با استفاده از حواس پنجگانه و تکنیک سود و زیان آموزش داده شد. بر این نکته تأکید گردید که بسیاری از افراد به دلیل عدم تحمل هیجان‌های دردناک، دست به رفتارهای غیرانطباقی می‌زنند. درمانگر به اعضا کمک کرد تا هیجان‌های دردناک را تجربه و تحمل کنند. تکلیف خانگی نیز ارائه گردید.
دهم	تثبیت مهارت‌های آموخته‌شده با تأکید بر «پذیرش رادیکال» واقعیت‌ها به عنوان پایه‌ای برای «عمل متعهدانه» و تعهد به ادامه مسیر بهبودی پس از پایان درمان	جلسه دهم به ادامه آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی اختصاص یافت. در این جلسه، پذیرش بنیادین و چگونگی استفاده از این مهارت آموزش داده شد. تغییر شیوه‌های تفکر و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه مورد بحث قرار گرفت. این جلسه به عنوان جمع‌بندی نهایی، به تثبیت مهارت‌های آموخته شده و تقویت تعهد به ادامه روند بهبودی پرداخت.

پروتکل طرحواره‌درمانی (جدول ۲) برگرفته از مدل معتبر یانگ ۱ و همکاران (۲۰۰۳) که در پژوهش پیری و همکاران (۱۳۹۹) برای نوجوانان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی استفاده و اثربخشی آن تأیید شده بود، در قالب ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا شد.

جدول ۲: خلاصه جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از پیری و همکاران، ۱۳۹۹)

جلسات	اهداف	شرح جلسه
اول	آشنایی و معرفی برنامه‌ها	جلسه اول به آشنایی اعضا با برنامه‌های درمانی و اهداف کلی طرحواره‌درمانی اختصاص یافت. در این جلسه ابتدا پرسشنامه‌های ارزیابی اجرا شد و سپس درمانگر به برقراری ارتباط همدلانه و ایجاد انگیزه در اعضا پرداخت. وضعیت اولیه گروه مورد ارزیابی قرار گرفت و انتظارات بیماران و درمانگر از فرآیند درمان به طور شفاف تبیین گردید. در پایان جلسه، توافقنامه درمانی بین اعضا و درمانگر منعقد شد که شامل تعهد به حضور منظم، مشارکت فعال و رعایت اصول محرمانگی بود.
دوم	تعریف طرحواره درمانی	جلسه دوم به تعریف جامع طرحواره‌درمانی و مفاهیم پایه آن اختصاص داشت. درمانگر به تشریح فلسفه وجودی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نحوه شکل‌گیری آن‌ها در دوران کودکی پرداخت. در این جلسه، مهارت‌های پردازش اطلاعات و شناسایی الگوهای فکری ناکارآمد آموزش داده شد و اعضا با مکانیسم‌های تأثیر طرحواره‌ها بر زندگی فعلی آشنا گردیدند.
سوم	آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه	جلسه سوم بر آموزش و شناخت دقیق طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای ناکارآمد و سبک‌های اسنادی متمرکز بود. درمانگر به تفصیل به معرفی ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه و ویژگی‌های هر یک پرداخت. اعضا آگاهی علمی این مفاهیم، توانایی شناسایی طرحواره‌های شخصی خود را کسب نموده و ارتباط بین باورهای ناکارآمد و سبک‌های اسنادی را درک کردند.
چهارم	معرفی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه	جلسه چهارم به معرفی جامع حوزه‌های پنجگانه طرحواره‌های ناسازگار اولیه اختصاص یافت. درمانگر به تشریح کامل حوزه‌های قطعیت‌طلبی، استقلال و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌منشی و گوش‌به‌زنگی و بازداری پرداخت. اعضا این حوزه‌ها، توانایی تشخیص و دسته‌بندی طرحواره‌های شخصی خود را کسب نمودند.
پنجم	آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی	جلسه پنجم به آموزش مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد اختصاص داشت. درمانگر به تشریح مکانیسم‌های هماهنگی شناختی و انواع پاسخ‌های مقابله‌ای (تسلیم، اجتناب، جبران افراطی) پرداخت. اعضا این مفاهیم، توانایی شناسایی پاسخ‌های مقابله‌ای شخصی خود را کسب نموده و آن‌ها را با تجربیات زندگی خود انطباق دادند.
ششم	مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی	جلسه ششم مرحله سنجش و آموزش عملی طرحواره‌درمانی بود. در این جلسه، اعضا با استفاده از تکنیک‌های سنجش، به شناسایی و تشخیص دقیق طرحواره‌های ناسازگار اولیه شخصی پرداختند. درمانگر با استفاده از روش‌های مصاحبه بالینی و ابزارهای استاندارد، به اعضا در ترسیم نقشه طرحواره‌های شخصی کمک نمود.
هفتم	استفاده از راهبردهای شناختی طرحواره درمانی	جلسه هفتم به کاربرد راهبردهای شناختی طرحواره‌درمانی اختصاص یافت. درمانگر تکنیک‌های چالش با باورهای ناکارآمد، بازسازی شناختی و ایجاد افکار جایگزین را آموزش داد. اعضا این تکنیک‌ها، به اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد پرداختند.
هشتم	استفاده از راهبردهای رفتاری طرحواره درمانی	جلسه هشتم بر استفاده از راهبردهای رفتاری طرحواره‌درمانی متمرکز بود. درمانگر تکنیک‌های آزمایش رفتاری، تمرین نقش‌آفرینی و الگوسازی رفتاری را آموزش داد. اعضا این تکنیک‌ها، به تغییر الگوهای رفتاری ناسازگار و جایگزینی رفتارهای سالم پرداختند.
نهم	استفاده از راهبردهای تجربی طرحواره درمانی	جلسه نهم به کاربرد راهبردهای تجربی طرحواره‌درمانی اختصاص داشت. درمانگر تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی طرحواره‌ای و کار با صندلی خالی را آموزش داد. اعضا این تکنیک‌ها، به تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرحواره‌های ناسازگار پرداختند.
دهم	آموزش روش‌های الگوشکنی، جمع‌بندی مطالب جلسات پیشین	جلسه دهم به آموزش روش‌های الگوشکنی و جمع‌بندی مطالب جلسات پیشین اختصاص یافت. درمانگر به مرور کلیه مفاهیم آموزش داده شده پرداخت و تکنیک‌های جایگزینی رفتارهای سالم به جای رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار را آموزش داد. در پایان جلسه، ارزیابی جامعی از اثربخشی طرحواره‌درمانی انجام شد و برنامه‌های پیگیری برای حفظ دستاوردهای درمانی تنظیم گردید.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی سن و جنسیت افراد حاضر در پژوهش به تفکیک سه گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: یافته‌های جمعیت شناختی سن و تحصیلات افراد حاضر در پژوهش به تفکیک سه گروه

متغیر جمعیت شناختی سن					
گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون F		معناداری
			آماره F	درجه آزادی	
گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱۷/۱۹	۲/۲۳	۳/۱۹	۳	۰/۲۴
گروه طرحواره‌درمانی	۱۸/۷۴	۲/۱۴			
گروه گواه	۱۷/۶۶	۲/۱۹			
متغیر جمعیت شناختی جنسیت					
جنسیت	گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی	آزمون خی‌دو	
				مقدار خی‌دو	معناداری
پسر	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی	۸	۴۴/۴۴	۴/۱۸	۲
	گروه طرحواره‌درمانی	۱۰	۵۵/۵۶		
	گروه گواه	۸	۴۷/۰۶		
دختر	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱۰	۵۵/۵۶		
	گروه طرحواره‌درمانی	۸	۴۴/۴۴		
	گروه گواه	۹	۵۲/۹۴		

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، میانگین سنی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش طرحواره‌درمانی ۱۹/۱۷ سال، در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی ۱۸/۷۴ سال و در گروه گواه ۱۷/۶۶ سال بوده است. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین میانگین سنی سه گروه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد، بنابراین اثر سن در تحلیل‌های بعدی کنترل نشد. از نظر توزیع جنسیتی، در گروه آزمایش طرحواره‌درمانی ۸ نفر (۴۴/۴۴ درصد) پسر و ۱۰ نفر (۵۵/۵۶ درصد) دختر حضور داشتند. در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی ۱۰ نفر (۵۵/۵۶ درصد) پسر و ۸ نفر (۴۴/۴۴ درصد)

دختر و در گروه گواه ۸ نفر (۴۷/۰۶ درصد) پسر و ۹ نفر (۵۲/۹۴ درصد) دختر قرار داشتند. نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که بین توزیع جنسیتی سه گروه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. بنابراین اثر جنسیت نیز در تحلیل‌های بعدی کنترل نشد. این یافته‌ها حاکی از همگنی گروه‌های پژوهش از نظر متغیرهای دموگرافیک سن و جنسیت بوده و بنابراین هرگونه تفاوت مشاهده شده در متغیرهای وابسته پژوهش را می‌توان به مداخلات انجام شده نسبت داد. میانگین و انحراف استاندارد تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در دو گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی و گروه گواه

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	۳۴/۵۰	۴/۶۶	۴۴/۷۲	۷/۹۰	۴۲/۶۱	۶/۸۴
	۳۴/۵۵	۸/۱۸	۴۵/۶۶	۱۱/۶۲	۴۳/۰۵	۱۱/۰۶
	۳۱/۲۹	۶/۲۳	۲۹/۷۶	۶/۳۴	۳۰/۴۱	۵/۷۹
تحمل پریشانی	۳۱/۵۵	۳/۶۳	۴۳/۱۱	۷/۳۱	۴۱/۹۴	۷/۱۷
	۳۳/۵۵	۵/۰۴	۴۵/۹۴	۸/۸۰	۴۵/۷۲	۸/۱۹
	۳۲/۰۵	۳/۱۱	۳۱/۳۵	۲/۸۹	۳۱/۶۴	۲/۷۶

نتایج جدول توصیفی (جدول شماره ۴) نشان می‌دهد که میانگین نمرات تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در هر دو گروه آزمایشی (دریافت‌کننده مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی) در مقایسه با گروه گواه افزایش یافته است. این یافته‌ها حاکی از آن است که هر دو مداخله درمانی تأثیر مثبتی بر بهبود تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان داشته‌اند. در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض

نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در تنظیم هیجان ($F=0/94$; $p=0/55$) و تحمل پریشانی ($F=0/92$; $p=0/36$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در تنظیم هیجان ($F=0/32$; $p=0/93$) و تحمل پریشانی ($F=0/24$; $p=0/84$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در تنظیم هیجان ($Mauchlys W=0/93$; $p=0/26$) و تحمل پریشانی ($Mauchlys W=0/95$; $p=0/34$) رعایت شده است.

جدول ۵: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون گروهی و بین گروهی متغیرهای تنظیم هیجان و تحمل پریشانی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
تنظیم هیجان							
زمان	۱۲۸۷/۱۵	۲	۶۴۳/۵۷	۷۶/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۱
عضویت گروهی	۳۷۲۵/۵۰	۲	۱۸۶۲/۷۵	۲۶/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
تعامل زمان و گروه	۹۳۵/۵۸	۴	۲۳۳/۹۶	۲۷/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۱
خطا	۸۴۰/۳۶	۱۰۰	۸/۴۰				
تحمل پریشانی							
زمان	۲۰۲۳/۴۷	۲	۱۰۱۱/۷۳	۱۰۵/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
عضویت گروهی	۲۷۹۶/۰۴	۲	۱۳۹۸/۰۲	۲۸/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
تعامل زمان و گروه	۱۱۶۲/۶۳	۴	۲۹۰/۶۵	۳۰/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
خطا	۹۶۲/۰۹	۱۰۰	۹/۶۲				

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته که در جدول شماره ۵ ارائه شده است، نشان می‌دهد که عامل زمان (مراحل ارزیابی شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) اثر معناداری بر نمرات تنظیم هیجان و تحمل پریشانی داشته است به طوری که ۶۰ درصد از واریانس نمرات تنظیم هیجان و ۶۷ درصد از واریانس نمرات تحمل پریشانی را تبیین می‌کند. این یافته حاکی از آن است که اختلاف نمرات متغیرهای مذکور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون از نظر آماری معنادار می‌باشد. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (دریافت مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی) نیز تأثیر معناداری بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نشان داده است به نحوی که به ترتیب ۵۱ درصد و ۵۰ درصد از واریانس نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند که این امر بیانگر تفاوت معنادار بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه بدون در نظر گرفتن اثر مراحل ارزیابی است. همچنین

اثر تعاملی بین نوع درمان و مراحل ارزیابی نیز معنادار گزارش شده است به طوری که این اثر متقابل ۵۲ درصد از واریانس نمرات تنظیم هیجان و ۵۴ درصد از واریانس نمرات تحمل پریشانی را تبیین می‌نماید که نشان‌دهنده تأثیر متفاوت مداخلات در مراحل مختلف اندازه‌گیری است. جهت بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های بین مراحل، از آزمون تعقیبی بون‌فرنی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری در هر دو متغیر وابسته است، در حالی که تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبوده که حاکی از پایداری اثرات مداخلات در دوره پیگیری است. همچنین توان آماری ۱۰۰ درصدی محاسبه شده نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه و دقت آماری مطلوب در این پژوهش می‌باشد.

جدول ۶: تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته (تنظیم هیجان و تحمل پریشانی) بر اساس مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری)

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۶۰	۰/۷۳	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۵/۲۴	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۶/۶۰	۰/۷۳	۰/۰۰۰۱
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۷۴	۰/۷۲	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۷/۳۸	۰/۷۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۷/۷۴	۰/۷۲	۰/۰۰۰۱
			۰/۳۶	۰/۲۵	۰/۴۵

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بون‌فرونی که در جدول ۶ ارائه شده است، نشان می‌دهد که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش شامل تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون تفاوت آماری معناداری دارد. این یافته نشان داد که مداخلات به کار گرفته شده در این پژوهش، یعنی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره‌درمانی، به طور معناداری میانگین نمرات تنظیم هیجان و تحمل

پریشانی را در هر دو مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) در مقایسه با مرحله پیش از مداخله افزایش داده است. با این حال، مقایسه مستقیم نمرات بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت آماری معناداری را نشان نمی‌دهد که این امر حاکی از پایداری و ماندگاری اثرات مداخلات درمانی در طول زمان است.

جدول ۷: بررسی تفاوت‌های دو به دو (آزمون تعقیبی بن‌فرونی) جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک)

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
تنظیم هیجان	گروه طرحواره درمانی	گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	۱/۵۴	۰/۷۷
	گروه گواه	۱۰/۱۲	۱/۵۷	۰/۰۰۰۱
گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	گروه طرحواره درمانی	۰/۴۸	۱/۵۴	۰/۷۷
	گروه گواه	۱۰/۶۰	۱/۵۷	۰/۰۰۰۱
تحمل پریشانی	گروه طرحواره درمانی	گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	۱/۷۹	۰/۰۱
	گروه گواه	۷/۱۸	۱/۷۰	۰/۰۰۰۱
گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	گروه طرحواره درمانی	۲/۸۷	۱/۷۹	۰/۰۱
	گروه گواه	۱۰/۰۵	۱/۸۲	۰/۰۰۰۱

همانگونه که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات تنظیم هیجان نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش طرحواره‌درمانی و گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی از نظر آماری معنادار نبوده است. این یافته نشان می‌دهد که بین میزان اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما تفاوت بین میانگین نمرات تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی گروه آزمایش طرحواره درمانی با گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک معنادار بوده و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر متغیر تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تفاوت معنادار وجود داشته و رفتاردرمانی دیالکتیک نسبت به طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری بر تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی دارد.

روانی و بهبود تنظیم هیجان، و پژوهش پیری و همکاران (۱۳۹۹) در زمینه کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی در مبتلایان به سوء مصرف مواد در اثر دریافت طرحواره درمانی همخوانی دارد. همچنین این یافته با مطالعات بین‌المللی پیترز و همکاران (۲۰۲۵) و بالچی و همکاران (۲۰۲۴) در مورد اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشانه‌های اختلال شخصیت و علائم افسردگی همسو می‌باشد.

تبیین علمی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را می‌توان این‌گونه تشریح کرد که این رویکرد با هدف قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌ویژه در حوزه‌های بریدگی و طرد، زیربنای نقص در تنظیم هیجان را بازسازی می‌کند. از آنجا که نوجوانان دارای این نشانه‌ها معمولاً در محیط‌های ناعتباربخش رشد یافته‌اند، طرحواره‌درمانی از طریق تکنیک بازوالدینی مدیرانه به درمانگر اجازه می‌دهد تا فضای امنی ایجاد کرده و نیازهای هیجانی برآورده‌نشده‌ی مراجع را به شیوه‌ای سالم پاسخ دهد که این امر مستقیماً باعث کاهش شدت ذهنیت‌های هیجانی تکانشی می‌شود (پیترز و همکاران، ۲۰۲۵). در واقع، با اصلاح ذهنیت کودک رها شده و تعدیل ذهنیت تنبیه‌گر، سیستم ارزیابی شناختی نوجوان تغییر یافته و توانایی او برای مشاهده‌ی غیرقضاوت‌گرانه‌ی آشفتگی‌های درونی افزایش می‌یابد که این همان ارتقای ظرفیت تحمل پریشانی است. این درمان با استفاده از تکنیک‌های تجربی مانند صندلی‌های خالی و تصویرسازی ذهنی، به نوجوان کمک می‌کند تا بین احساسات آنی و واقعیت‌های عینی تمایز قائل شده و به جای استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد یا رفتارهای خودآسیب‌رسان، از ذهنیت بزرگسال سالم برای مدیریت بحران استفاده کند (پیری و همکاران، ۱۳۹۹). از منظر عصب‌شناختی نیز، این مداخلات احتمالاً باعث تعدیل فعالیت سیستم لیمبیک و تقویت قشر پیش‌پیشانی می‌شوند که نتیجه‌ی آن انتقال

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شد و نتایج نشان داد که هر دو مداخله درمانی تأثیر معناداری بر بهبود این متغیرها داشته‌اند. یافته اول مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی و بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی با نتایج پژوهش فرمانبر و همکاران (۱۴۰۲) در زمینه کاهش دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و بهبود ذهنی‌سازی، گزارش عباسیان حدادان (۱۴۰۳) در مورد کاهش پریشانی

از واکنش‌های هیجانی انفجاری به پاسخ‌های منطقی و تاب‌آورانه در برابر استرس است. همچنین، شناسایی محرک‌های طرحواره‌ای به نوجوان می‌آموزد که پریشانی‌های فعلی او اغلب بازتابی از دردهای قدیمی هستند؛ این آگاهی فراشناختی، از شدت هم‌جوشی هیجانی کاسته و به او اجازه می‌دهد بدون فروپاشی روانی، دردهای هیجانی را تاب بیاورد. در نهایت، طرحواره درمانی با ایجاد انسجام در هویت و جایگزینی الگوهای فکری انعطاف‌ناپذیر با باورهای سازگارتر، زیرساخت لازم برای ثبات عاطفی پایدار را فراهم کرده و نوجوان را در برابر نوسانات خلقی ناگهانی تجهیز می‌کند (بالجی و همکاران، ۲۰۲۴). این فرآیند نه تنها نشانه‌های بالینی را تسکین می‌دهد، بلکه با تقویت شفقت نسبت به خود، میل به رفتارهای تکانشی را به حداقل رسانده و سطح بهزیستی روان‌شناختی مراجع را به طور معناداری ارتقا می‌بخشد. بنابراین، اثربخشی پژوهش حاضر تاییدکننده این واقعیت است که تغییر در لایه‌های عمیق شخصیتی، به‌ناچار به بهبود عملکردهای تنظیمی در سطح رفتار منجر خواهد شد که چنین روندی بهبود تنظیم هیجان و تحمل پریشانی را در نوجوانان نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در پی دارد.

یافته دوم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی با نتایج مطالعات متعددی همسو است. این یافته با پژوهش عاشوری و همکاران (۱۴۰۳) در زمینه اثربخشی این روش بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، با یافته‌های قادرزاد و همکاران (۱۴۰۱) در مورد بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، با گزارش صبری و همکاران (۱۴۰۰) درباره تأثیر این روش بر کاهش تکانشگری، بدتنظیمی هیجانی و طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، با مطالعه بارنت و همکاران (۲۰۲۵) در زمینه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش آمیختگی افکار بیماران، با نتایج پژوهش دکر و همکاران (۲۰۲۵) در مورد اثر این روش بر کاهش افکار خودکشی جانبازان در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی، و همچنین با گزارش واندربلین و همکاران (۲۰۲۵) درباره بهبود تحمل ابهام افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همسو و همخوان می‌باشد. این همسویی‌ها نشان‌دهنده اثربخشی پایدار و قابلیت تعمق رفتاردرمانی دیالکتیکی در جمعیت‌های بالینی مختلف با چالش‌های متنوع است.

در تبیین علمی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در نوجوانان با نشانه‌های مرزی باید گفت مدل زیستی-اجتماعی دکر و همکاران (۲۰۲۵) اختلال شخصیت مرزی را حاصل تعامل آسیب‌پذیری زیستی در سیستم تنظیم هیجان با محیط‌های نااعتباربخش می‌داند. رفتاردرمانی دیالکتیکی دقیقاً بر همین نقطه‌ی آسیب متمرکز می‌شود، اما رویکرد آن با سایر درمان‌ها تفاوت بنیادین دارد: به‌جای حذف یا سرکوب هیجانات، به نوجوان می‌آموزد که چگونه با آن‌ها زیست کند. تکنیک‌های تحمل پریشانی، به‌ویژه راهبردهای بقای بحران، اولین خط دفاعی را تشکیل می‌دهند. این تکنیک‌ها به نوجوان کمک می‌کنند تا بدون توسل به رفتارهای تکانشی یا خودآسیب‌رسان، موج هیجانی شدید را پشت سر بگذارد. در کنار تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی به عنوان هسته‌ی مرکزی درمان

قرار دارد و ظرفیت حضور در لحظه و پذیرش بدون قضاوت رنج را پرورش می‌دهد. بخش تنظیم هیجان نیز در گام بعدی وارد عمل می‌شود: شناسایی دقیق عواطف، کاهش حساسیت به محرک‌های هیجانی و افزایش رویدادهای مثبت، همگی سیستم ارزیابی شناختی را هدف می‌گیرند. آنچه این رویکرد را از سایر مداخلات متمایز می‌کند، دیالکتیک هم‌زمان پذیرش و تغییر است (بارنت و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوان می‌آموزد که هم خود را همان‌گونه که هست بپذیرد و هم برای بهبود و تغییر تلاش کند. این تعادل ظریف، تعارضات درونی را کاهش داده و با تقویت مهارت‌های بین‌فردی، از تنش‌های محیطی که محرک اصلی فروپاشی‌های هیجانی هستند، می‌کاهد. شواهد عصب‌شناختی نیز نشان می‌دهند که تمرین‌های مکرر، قشر پیش‌پیشانی را در مهار پاسخ‌های افراطی آمیگدال توانمند می‌سازد (واندربلین و همکاران، ۲۰۲۵). به تدریج، ذهن خردمند جایگزین ذهن هیجانی می‌شود و فرد به جای واکنش‌های آنی، پاسخ‌های سنجیده‌تری از خود نشان می‌دهد. با گذشت زمان، این تغییرات عصبی-رفتاری به خودکارآمدی در مدیریت بحران منجر می‌شوند. احساس پوچی مزمن نیز جای خود را به اهداف ارزشمند مبتنی بر زندگی معنادار می‌دهد. به‌این‌ترتیب، چرخه‌ی معیوب تحریک‌پذیری-تکانشگری شکسته می‌شود و انعطاف‌پذیری روانی در نوجوان نهادینه می‌گردد. آنچه اثربخشی این درمان را برجسته می‌سازد، تأثیر ساختاری و پایدار آن بر مکانیزم‌های پردازش هیجان است، نه صرفاً کاهش موقتی نشانه‌های بالینی. بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی با بازآموزی سیستم تنظیم هیجان در سه سطح زیستی، روانی و بین‌فردی، تحمل پریشانی و ثبات عاطفی را در نوجوانان دارای نشانه‌های مرزی به طور معناداری بهبود می‌بخشد.

یافته سوم فرضیه حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک نسبت به طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری بر تحمل پریشانی نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی داشته است. برتری رفتاردرمانی دیالکتیکی را می‌توان در سازمان یافتگی مهارت‌بنیاد و جهت‌گیری عینی‌تر آن جستجو نمود. در شرایطی که درمان هیجان‌مدار بر اکتشاف و پردازش هیجانات در بستری ایمن تأکید دارد (دکر و همکاران، ۲۰۲۵)، رفتاردرمانی دیالکتیکی یک مجموعه کاربردی از ابزارهای عملیاتی را در دسترس نوجوان قرار می‌دهد. این رویکرد برای جامعه نوجوانان دارای پیشینه خودآسیبی که عمده‌تاً در وضعیت بحران هیجانی به سر می‌برند، کاربست‌پذیری و دسترسی بیشتری دارد. راهبردهای رفتاردرمانی دیالکتیکی با کارآیی بیشتری در لحظه وقوع پریشانی قابل اجرا هستند. در نتیجه، تأثیرگذاری سریع‌تر و محسوس‌تری در متوقف ساختن چرخه معیوب نشخوار فکری ایجاد می‌نمایند. تمایز اساسی در شیوه مواجهه با خود پدیده پریشانی نهفته است. رفتاردرمانی دیالکتیکی بی‌واسطه به ارتباط فرد با جریان افکارش می‌پردازد (واندربلین و همکاران، ۲۰۲۵). مهارت‌های ذهن‌آگاهی در این مداخله به نوجوان می‌آموزد که چگونه افکار را صرفاً در قالب پدیده‌های ذهنی مشاهده نموده و بدون داوری یا درگیری با آنها، از قیدشان رها شود. این فاصله‌گیری شناختی به شکل ویژه‌ای برای هدف قرار دادن ماهیت تکراری و چسبنده پردازش‌های شناختی ناسازگار طراحی گردیده است. برآیند این فرآیند، آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی ابزار مواجهه مستقیم‌تری برای مقابله با

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی برای شرکت در مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به نوجوانان حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، یکی از مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی را به شکل رایگان دریافت خواهند کرد. همچنین به نوجوانان حاضر در هر دو گروه آزمایش و گروه گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه‌ها مشخصات فردی خود را درج نمایند. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1404.085 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد ثبت گردیده است.

بهره‌گیری از هوش مصنوعی

در مراحل ویرایش ادبی و گرامری و خالص‌سازی بخش‌هایی از مقاله از ابزارهای هوش مصنوعی (مدل زبانی چت‌جی‌پی‌تی و کلود^۱) به عنوان ابزار کمکی برای بهبود نگارش استفاده شده است. تصمیم‌گیری علمی، تحلیل داده‌ها و تایید نهایی تمام مطالب توسط نویسندگان انجام شده است.

دسترسی به داده‌ها

داده‌های خام پژوهش بنا به درخواست پژوهشگران واجد شرایط و با رعایت اصول محرمانی و حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول قابل دسترسی است.

نقش نویسندگان

ابراهیم صالحیان: طراحی پژوهش، اجرای مداخله، جمع‌آوری داده‌ها و نگارش پیش‌نویس اولیه، تحلیل آماری داده‌ها، تفسیر نتایج و نگارش یافته‌ها.

طیبه شریفی: نظارت درمانی و بالینی بر روند مداخله، بازبینی محتوایی و ویرایش تخصصی مقاله.

محمد قاسمی پیربلوطی: مشارکت در طراحی، ویرایش نهایی و نظارت بر رعایت اصول اخلاقی پژوهش.

محتوای شناختی اختلال ارائه می‌دهد. مؤلفه بی‌همتای تحمل‌پیشانی در رفتاردرمانی دیالکتیکی، عاملی تعیین‌کننده در برتری نسبی آن محسوب می‌شود. این مداخله به شکل مشخص و نظام‌مند، راهکارهای جایگزین برای تحمل این آشفتگی (مانند تکنیک‌های انحراف توجه و آرام‌سازی خود) را آموزش می‌دهد (دکر و همکاران، ۲۰۲۵). برای نوجوانان درگیر بحران، در اختیار داشتن یک مجموعه عملی از فنون تحمل‌پیشانی، می‌تواند سودمندی بیشتری داشته و ملموس‌تر باشد.

پژوهش حاضر با چهار محدودیت اساسی مواجه است: جامعه‌ی آماری محدود به نوجوانان شهر اصفهان، عدم کنترل متغیرهای محیطی-خانوادگی، عدم نمونه‌گیری تصادفی و فقدان پیگیری طولانی‌مدت (شش‌ماهه و یک‌ساله). برای افزایش تعمیم‌پذیری، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در مناطق با فرهنگ‌های گوناگون و بر روی گروه‌های سنی مختلف و جمعیت‌های خاص (نوجوانان قربانی خشونت، دارای والدین معتاد، دارای اختلالات رفتاری-هیجانی) اجرا شوند. کنترل متغیرهای مداخله‌گر و اجرای مرحله‌ی پیگیری طولانی‌تر نیز از دیگر پیشنهادات پژوهشی است. در سطح عملی، با توجه به اثربخشی معنادار هر دو مداخله، تهیه‌ی برشورها و کتابچه‌های علمی برای مشاوران و روان‌شناسان مراکز آموزش و پرورش توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد کارشناسان مشاوره با همکاری معاونت پرورشی، نسبت به شناسایی نظام‌مند نوجوانان در معرض خطر و ریشه‌یابی علل زیربنایی بر اساس ویژگی‌های هر منطقه اقدام کنند. اجرای برنامه‌های آموزشی عمومی برای دانش‌آموزان با هدف بهبود تنظیم هیجان و تحمل‌پیشانی و پیشگیری از خودآسیب‌رسانی، گام مؤثر دیگری است. آموزش مهارت‌های پایه‌ی رفتاردرمانی دیالکتیکی (شناسایی هیجانات، تحمل‌پیشانی) در قالب کارگاه‌های مهارت‌آموزی در مدارس، به‌عنوان برنامه‌ی پیشگیرانه‌ی سطح اول توصیه می‌شود. استفاده از ابزارهای غربالگری ساده برای شناسایی نوجوانان در معرض خطر اختلال شخصیت مرزی، ضروری به‌نظر می‌رسد. در نهایت، ارائه‌ی مداخلات گروهی کوتاه‌مدت (۱۰ جلسه‌ای که در این پژوهش آزموده شد) می‌تواند از مزمن شدن اختلال و بار سنگین‌تر آن در آینده بکاهد. این اقدامات می‌تواند گام‌های مؤثری در جهت ارتقای سلامت روانی نوجوانان و کاهش بار روانی-اجتماعی این اختلال بردارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش، مسئولین آموزش و پرورش شهر اصفهان و همچنین مسئولین مراکز مشاوره آموزش و پرورش نواحی ششگانه که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

References

- Abbasian Hadadan, M. (2024). The effectiveness of schema therapy on psychological distress and emotion regulation in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(1), 160–174. [In Persian]. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.1.13>
- Aghili, M., Kalteh, M., & Babae, E. (2023). The effectiveness of dialectical behavior therapy on self-disclosure, self-compassion and self-injurious behaviors of female students. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 30(6), 742–755. [In Persian]. <https://doi.org/10.30468/jsums.2024.7569.2920>
- Alfieri, M., Leucci, A. C., Bortolotti, B., Gibiino, S., Lia, L., Pelizza, L., & Menchetti, M. (2025). Dissociation and dysfunctional personality traits in patients with borderline personality disorder: A study based on DSM-5 alternative. *The European Journal of Psychiatry*, 39(1), 1002–1008. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2024.100283>
- Ashouri, A., Pasha, R., Ahadi, H., Hafezi, F., & Makvandi, B. (2024). Effectiveness of dialectical behavior therapy on general health and quality of life of people with multiple sclerosis. *The Journal of Modern Psychological Researches*, 19(73), 36–45. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.54269.5280>
- Asli Azad, M., Manshaee, G. R., & Ghamarani, A. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and intolerance of uncertainty of the students with obsessive-compulsive disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*, 9(36), 33–53. [In Persian]. <https://doi.org/10.22054/jpe.2019.44480.2027>
- Azizi, K., Arefi, M., Moradi, O., & Nazemi, A. (2023). Comparison of the effectiveness of individual schema therapy with and without supportive therapy in reducing the symptoms of patients with borderline personality disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(3), 32–42. [In Persian]. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1623-fa.html>
- Bagheri Sheykhangafshe, F., Savabi Niri, V., Azizrousta, S., Saeedi Moghadam, F., & Fathi-Ashtiani, A. (2025). The effectiveness of group dialectical behavior therapy on the tolerance of ambiguity, childhood trauma, and external shame in women with trichotillomania disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 69–87. [In Persian]. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.381624.644998>
- Balje, A. E., Greeven, A., Deen, M., Giezen, A. E., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2024). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder and comorbid avoidant personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 104, 102860. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102860>
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2018). Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. *Psychiatry Research*, 261, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.023>
- Barnett, B., Nurse, C. N., Wakschal, E., & O'Hayer, C. V. (2025). Dialectical behavior therapy prolonged exposure (DBT PE) adapted via telehealth for diverse patient populations: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2025.02.003>
- Bidari, F., & Haji Alizadeh, K. (2019). Effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 15(1), 165–180. [In Persian]. <https://doi.org/10.22051/psy.2019.19858.1626>
- Chen, L., Cheng, L., Hsu, J., Chen, L., Tu, P., Bai, Y., Tsai, S., & Chen, M. (2026). Functional dysconnectivity in triple and reward networks among adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 392, 1024–1028. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120178>
- Ciesinski, N. K., Sorgi-Wilson, K. M., Cheung, J. C., Chen, E. Y., & McCloskey, M. S. (2022). The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior: A systematic review with meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 154, 104122. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104122>
- Dahlenburg, S. C., Bartsch, D. R., & Gilson, K. J. (2024). Global prevalence of borderline personality disorder and self-reported symptoms of adults in prison: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Law and Psychiatry*, 97, 102032. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.102032>
- Decker, S. E., Kroll-Desrosiers, A., Mattocks, K. M., Aunon, F. M., Galliford, E., DeRycke, E. C., ... Martino, S. (2025). Study protocol of a hybrid type 1 effectiveness-implementation multisite trial: Dialectical behavior therapy skills group for veterans at high-risk for suicide attempt. *Contemporary Clinical Trials*, 151, 107828. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2025.107828>
- Delaquis, C. P., Joyce, K. M., Zalewski, M., Katz, L. Y., Sulymka, J., Agostinho, T., & Roos, L. E. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 305–313. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jad.2021.12.062>
- Esmailinasab, M., Andami Khoshk, A., Azarmi, H., & Samar Rakhi, A. (2014). The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 8(29), 49–63. [In Persian]. <http://etiadpajohi.ir/article-1-607-en.html>
- Farmanbar, F., Maredpour, A., & Malekzadeh, M. (2024). The effectiveness of schema therapy on ambivalence in emotional expression and mentalization in patients with borderline personality disorder. *Islamic Life Journal*, 7, 218–228. [In Persian]. https://www.islamiilife.com/article_186043.html?lang=en
- Frazier, S. N., & Vela, J. (2014). Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.02.001>

- Ghadernejad, M., Etemadnia, M., & Farshbaf Mani Sefat, F. (2022). Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and the combination of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the symptoms of people with borderline personality disorder. *Nursing and Midwifery Journal*, 20(4), 312–323. [In Persian]. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4657-en.html>
- Gottlieb, A. L. B., Klinger, C. L., & Sampaio, D. (2022). Introduction to dialectical behavior therapy for psychiatrists and psychiatry residents. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 2(1), 241–251. <https://doi.org/10.1016/j.ypsc.2022.03.008>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Harris, L. M., Weiss, E. R., Davis, M. T., Daniel, T. A., Hart-Derrick, V. R., Barnes, S., & Cawood, C. D. (2024). Changes in emotion regulation during the course of dialectical behaviour therapy: Effects on non-suicidal self-injury and binge eating across two samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(6), e70018. <https://doi.org/10.1002/cpp.70018>
- Ip, J. W. Y., McMain, S. F., Chapman, A. L., & Kuo, J. R. (2024). The role of emotion dysregulation and interpersonal dysfunction in nonsuicidal self-injury during dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 180, 104594. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104594>
- Kaufman, E. A., Graves, J. L., Wallace, M. L., Lazarus, S. A., Stepp, S. D., & Pedersen, S. L. (2021). Associations between physiological and self-reported indices of emotion dysregulation across varying levels of alcohol use among individuals with and without borderline personality disorder. *Biological Psychology*, 160, 108044. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2021.108044>
- Lass, A. N. S., Veilleux, J. C., DeShong, H. L., & Winer, E. S. (2024). What is distress tolerance? Presenting a need for conceptual clarification based on qualitative findings. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.003>
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the borderline personality inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45–63. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104>
- Leucci, A. C., Giorgi, I. D., Pelizza, L., Bortolotti, B., D'Adda, F., Gammino, L., Gibiino, S., Lia, L., Magro, M., Pellegrini, L., & Menchetti, M. (2024). Borderline personality disorder and aggressive behavior: A study based on the DSM-5 alternative model. *Journal of Psychiatric Research*, 173, 367–371. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.03.020>
- Li, Y., & Mao, W. (2026). Effect of dialectical behavior therapy on affective symptoms in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 360, 117055. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2026.117055>
- Li, Y., Ju, R., Hofmann, S. G., Chiu, W., Guan, Y., Leng, Y., & Liu, X. (2023). Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(4), 100392. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100392>
- Liu, C., Ye, X., & Chen, M. (2024). Sertraline medications plus dialectical behavior therapy for depressed adolescents with nonsuicidal self-injury behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 55(1), 1313–1316. <https://doi.org/10.1111/sltb.13132>
- Makvand Hosseini, S., Azarfar, F., & Sabahi, P. (2019). Effectiveness of a short-term group dialectic behavior therapy on quality of life of girl adolescents with borderline personality disorder symptoms. *Research in Psychological Health*, 13(2), 100–114. [In Persian]. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-3423-fa.html>
- McMains, J. T., Liu, S., Oshri, A., & Sweet, L. H. (2024). Childhood maltreatment and substance use risk: A moderated mediation model of autonomic reactivity and distress tolerance. *Child Abuse & Neglect*, 154, 106940. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106940>
- Miller-Slough, R. L., & Dunsmore, J. C. (2023). Parents' and friends' socialization of positive emotions: Associations with adolescent emotion regulation. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 88, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2023.101579>
- Moeller, S. B., Arendt, I. T. P., Meline, J. S. J., & Øibakken, R. (2024). Case report: Schema therapy for a case of treatment resistant schizotypal and paranoid personality disorder with a trauma history. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(3), 100414. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100414>
- Mohammadzadeh, A. (2011). Validation of the borderline personality inventory in Iran. *International Journal of Behavioral Sciences*, 5(3), 269–277. https://www.behavsci.ir/article_67743.html
- Mohammed, D. I., & Ibrahim, R. H. (2023). Exploring the impact of psychological factors on cosmetic surgery acceptance: A cross-sectional study. *Informatics in Medicine Unlocked*, 39, 101231. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2023.101231>
- Monjezi, F., Asadpour, E., Rasouli, M., & Zahrakar, K. (2024). The effect of schema therapy-based group counseling on reducing the psychological distress adolescents of divorce. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(3), 161–179. [In Persian]. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.344238.644299>
- Pahlavan, F., Ramezani, K., & Rasouli, Y. (2023). A comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and training based on metacognition on basic psychological needs of type 2 diabetes patients. *Journal of Nursing Education*, 12(1), 61–73. [In Persian]. <http://jne.ir/article-1-1460-en.html>
- Parvaneh, P., Khalatbari, J., & Saeedpoor, F. (2021). Comparison of the effectiveness of dialectical-behavioral and cognitive-behavioral therapy on irrational beliefs, emotion regulation, and impulsive behaviors of high school female students. *Health Journal*, 15(2), 69–81. [In Persian]. https://chj.rums.ac.ir/article_137410.html?lang=en

- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., Passel, B., & Krans, J. (2021). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 68–76. <https://doi.org/10.1111/bjc.12271>
- Peeters, N., Passel, B., Hendriks, G., Becker, E., & Krans, J. (2025). Schema-therapeutic exposure for treatment resistant anxiety and obsessive-compulsive disorders: A multiple baseline case series design study. *Psychiatry Research Case Reports*, 4(1), 100241. <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2024.100241>
- Piri, M., Hosseinaei, A., Asadi, J., & Shariatnia, K. (2020). Comparison of the effectiveness of group psychotherapy by schema therapy and acceptance and commitment therapy on symptoms of antisocial personality disorder among addicts residing in treatment camp. *Journal of Shefaye Khatam*, 13(52), 137–162. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.4.56>
- Ramstad, C. J., Graff, C., Bo, S., Sharp, C., Jørgensen, M. S., Beck, E., Simonsen, E., & Storebø, O. J. (2026). Exploring borderline personality features in adolescents: Which features best predict borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 192, 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.10.051>
- Richmond, J. R., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2021). The roles of emotion regulation difficulties and impulsivity in the associations between borderline personality disorder symptoms and frequency of nonprescription sedative use and prescription sedative/opioid misuse. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 62–70. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.002>
- Sabri, V., Yaghubi, H., Hasani, J., & Mahmodalilo, M. (2021). The effectiveness of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 1–16. [In Persian]. <https://doi.org/10.22070/cpap.2021.13899.1048>
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Soleimani, S., & Habibi, Y. (2015). The relationship between emotion regulation and resiliency with psychological well-being in students. *Journal of School Psychology and Institutions*, 3(4), 51–72. [In Persian]. https://jssp.uma.ac.ir/article_268.html?lang=en
- Stefan, S., Stroian, P., Fodor, L., Matu, S., Nechita, D., Boldea, I., Fechete, I., Mătiță, D., & Mustătea, M. (2023). An online contextual schema therapy workshop for social anxiety symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.005>
- Valibeygi, M., Moheb, N., Hashemi, T., & Abdi, R. (2022). Structural equation modeling to explain the relationship between optimism, resilience, and emotional cognitive regulation with psychological well-being in students with borderline personality disorder symptoms. *Journal of Disability Studies*, 12(2), 224–236. [In Persian]. <http://jdisabilstud.org/article-1-2364-en.html>
- Varma, S., Traynor, J., & Fitzpatrick, S. (2021). A mixed methods examination of emotional expression and its impact on emotion regulation effectiveness in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 75, 101712. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101712>
- Varma, S., Traynor, J., & Fitzpatrick, S. (2022). A mixed methods examination of emotional expression and its impact on emotion regulation effectiveness in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 75, 101712. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101712>
- Vonderlin, R., Boritz, T., Claus, C., Senyüz, B., Mahalingam, S., Tennenhouse, R., Lis, S., Schmahl, C., Margraf, J., Teismann, T., Kleindienst, N., McMain, S., & Bohus, M. (2025). Acceptance, safety, and effect sizes in online dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Interventional pilot study. *JMIR Formative Research*, 9, 202–207. <https://formative.jmir.org/2025/1/e66181/>
- Worden, B., Levy, H. C., Das, A., Katz, B. W., Stevens, M., & Tolin, D. F. (2019). Perceived emotion regulation and emotional distress tolerance in patients with hoarding disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100441. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100441>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press. [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=pS5uAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Young,+J.E.,+Klosko,+J.S.,+%2526+Weishaar,+M.E.+\(2003\).+Schema+therapy:+A+practitioner%E2%80%99s+guide.+New+York:+The+Guilford+Press.&ots=C_Ggh_8-P0&sig=sfld5YXXHY2S1B92Q-v64RaLC-c](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=pS5uAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Young,+J.E.,+Klosko,+J.S.,+%2526+Weishaar,+M.E.+(2003).+Schema+therapy:+A+practitioner%E2%80%99s+guide.+New+York:+The+Guilford+Press.&ots=C_Ggh_8-P0&sig=sfld5YXXHY2S1B92Q-v64RaLC-c)
- Zhao, G., Xiao, L., Chen, Y., Zhang, M., Peng, K., & Wu, H. (2025). Association between physical activity and mental health problems among children and adolescents: A moderated mediation model of emotion regulation and gender. *Journal of Affective Disorders*, 369, 489–498. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.041>